

記入例

別紙6－3(表)

勸

後期高齢者医療療養費支給申請書

個人番号									原書番号	受 付 年 月 日			整 理 番 号																
									3	年 月 日																			
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	医療 種別	5	割合	7割	8割	9割															
被保険者氏名	給付 花子								公費負担者番号																				
(患者名)									受 給 者 番 号			公 費 受 給 者 負 担 額																	
生 年 月 日												円																	
住民コード									後期高齢者医療 資格取得日	年 月 日																			
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地									発病又は負傷の原因			1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)																	
従 事 した 医 師、歯 科 医 師 ま た は 薬 剤 師 の 氏 名									支給申請をした理由																				
種 類									表 別			入院		外来															
1		2		3		4		5		7		⑧		9		1		3		4		7		9		8		0	
一般診療		治療用 装 具		柔 整		アンマ・ マッサージ		ハリ・灸		移送		その他		標準負担 差額支給		医 科		歯 科		調 剤		一 般		7 割		一 般		7 割	
国内		海外																											
傷病名									別紙のとおり									療養等に 要した期間				年 月 日から 年 月 日まで				日間(食)			
																		療養等に要した費用				審査決定金額							
上記のとおり									要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。																				
なお、支払									下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。																				
兵庫県									後期高齢者医療広域連合長 宛																				
申請者									〒 650-0021																				
住所									神戸市中央区三ノ宮町1丁目9-1																				
氏名									給付 次郎									電話 (078) 326-2023				被保険者 との続柄 夫							
受取 方法		2 口座振込		9		9		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
預金 種別		1 普通		2 当座		4 貯蓄		銀 行		信用金庫・組合		協 同 組 合		()		本 店		支 店		出 張 所		()		金 額					
口座番号 (右詰で記載)		1		2		3		4		0		0		0		0		9		8		7		6		1			
口座 名義人 (カナ)		キ		ユ		ウ		フ		シ		ロ		ウ															
*口座																													
*濁点																													
*姓と名																													
下記のとおり決定します。																													
総 療 養 費																													
一 部 負 担 金																													
支 給 決 定 金 額																													

(裏面もご覧ください)

後期高齢者医療給付費受領申立書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛
市・区・町長 宛

相続人(被保険者との続柄: **夫**)
(〒 **650** - **0021**)
住 所 **神戸市中央区三宮町1丁目9-1**
電 話 (**078**) **326-2023**
氏 名 **給付 次郎**

相続人の方の被保険者との続柄、郵便番号、住所、電話番号、氏名をご記入ください。

下記被保険者(被相続人)の死亡に伴い、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費については、上記相続人が受領するものであることを申し立ていたします。
なお、他の相続人から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合及び当該市(区)町には一切迷惑をかけないことを確約します。

被 保 険 者 (被相続人)	後期高齢者医療被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	氏 名	給付 花子							
	住 所	神戸市中央区三宮町1丁目9-1							
	死亡年月日	令和 × 年 × 月 × 日							

高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者の口座に振込んでください。この口座振替によって支払の効力が生ずる
なお、申立人と口座名義人が異なる場合は、下記受任者に受領委任し
(※ 申立人と口座名義人が同一の場合は下記受任者欄は記入不要)

お亡くなり年の年月日が分かる場合はご記入ください。

受任者 (口座名義人)	住 所			
	氏 名		申立人との続柄	
	生年月日	年 月 日		
	電話番号			

申立人と振込先の口座名義人が異なる場合にご記入ください。

【続柄図】

＜記入方法＞
枠内に相続人(申立人)と被相続人の氏名だけを記入してください。
その他の枠は空白としてください。



※ ①～③は相続にかかる優先順位です。
相続関係が分かるものを添付ください(コピーでかまいません)

- 例1 戸籍謄本(抄本)
なお、被保険者(被相続人)と申立人(相続人)が住民票上、同じ世帯の場合は、不要です(同じ住所であっても住民票上、別の世帯の場合は、添付が必要です)
- 例2 遺言状、公正証書
遺言等により申立人(相続人)に指定された場合に、添付してください。

〈本人確認書類〉
・窓口に申請書を持参される場合は、「申立人(相続人)」と「窓口に来られる方」の本人確認書類(原本)をご持参ください。
・郵送で申請書を提出される場合は、「申立人(相続人)」の本人確認書類(コピー)を添付ください。
例 運転免許証、旅券(パスポート)、官公庁発行の顔写真付きの身分証明書、当広域連合の被保険者は後期高齢者医療被保険者証 のうち、いずれか1点。

市区町職員 記入欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> ()		

